

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1936 .

THÈSE

N°

574

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Yves-Louis POULIQUEN

Né le 19 Décembre 1908, à BREST (Finistère)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Interne de l'Hôpital Saint-Joseph

TRAITEMENT DES ARTHRITES

SUPPURÉES DU POIGNET

PAR

RÉSECTION DE LA TÊTE CUBITALE

Président : M. CUNÉO, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1936

ANNEE 1936

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Yves-Louis POULIQUEN

Né le 19 Décembre 1908, à BREST (Finistère)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Interne de l'Hôpital Saint-Joseph

TRAITEMENT DES ARTHRITES

SUPPURÉES DU POIGNET

PAR

RÉSECTION DE LA TÊTE CUBITALE

Président : M. CUNÉO, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1936

Doyen G. ROUSSY

I. — Professeurs

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSEY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LAVASTINE
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER.
	Maur. VILLARET
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance	Marcel LABBÉ
Clinique des maladies des enfants	LEREBoullet
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	NOBECOURT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GULLAIN.
	LEMIERRE
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	GREGOIRE.
Clinique urologique	LENORMAN
	TERRIEN.
Clinique d'accouchements	MARION.
	BRINDEAU.
	COUVELAIRE
Clinique gynécologique	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAI
Clinique de la Tuberculose	SERGENT.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	BEZANÇON.
	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE
	MULON.
	OLIVIER
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

	MM.
BENARD Henri	Pathologie médicale.
BERNARD Et...	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.
COGNON	Physique.
FEY	Urologie.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART ..	Pathologie chirurgicale.
D'ALLAINES ..	
	MM.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU ...	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique
JOANNON	Hygiène.
LABBÉ Henri..	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL..	Obstétrique.
LAROCHE Guy.	Pathologie médicale



MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-	
DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RICHET	Physiologie.
SANNIÉ	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIÉRE	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
BESANÇON (J.).	Hydrologie.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-	
BERT	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique
NÉVEU-	
LEMAIRE ...	Parasitologie.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ABRAMI	} Clinique médicale.
ALAJOUANINE.	
AUBERTIN	
BRULÉ	
CHABROL	
CHIRAY	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
VALLÉRY-RADOT	
(Pasteur).	
SEZARY	

MM.

BASSET	} Clinique chirurgicale
BROCC	
CADENAT	
GATELLIER	
HEITZ-BOYER .	
MOURE	
QUENU	
SCHWARTZ ...	
VELTER	
ECALLE	
GUENIOT	} Clinique obstétricale
LE LORIER	
LEVY-SOLAL ...	
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.

N	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549926_0075

A MA MERE

En témoignage de mon profond respect et de ma grande affection.

A MON PERE

Le Docteur E. POULIQUEN

Chirurgien de l'Hospice civil de Brest
Associé National de l'Académie de Chirurgie

*Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse
et m'a guidé dans sa rédaction.*

Qu'il y trouve l'expression de mon affectueuse reconnaissance.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PERES

A MES GRAND'MERES

A MES FRERES

A MES SŒURS

A MA BELLE-SŒUR

A MON BEAU-FRERE

MEIS ET AMICIS

A NOTRE MAITRE
Monsieur le Professeur CUNEO

Professeur de Clinique Chirurgicale
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

*En témoignage de notre respectueuse
reconnaissance pour l'honneur qu'il nous
a fait en acceptant de présider cette thèse
et pour la sympathie bienveillante dont
il a fait preuve à notre égard durant que
nous étions son élève.*

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Professeur SERGENT.

Monsieur le Professeur HARTMANN.

Monsieur le Docteur BABONNEIX.

Monsieur le Professeur Agrégé CADENAT.

Monsieur le Docteur J. HALLE.

Monsieur le Docteur CHIRIE.

Monsieur le Professeur CUNEO.

Monsieur le Docteur RIVET.

Monsieur le Docteur GUTMANN.

Monsieur le Professeur Agrégé DUVOIR.

A Monsieur le Docteur G. KUSS

Chirurgien de l'Hôpital La Pitié.

*Qu'il trouve ici l'expression de notre
reconnaissance pour tout ce qu'il fit pour
nous lorsque nous remplissions les fonc-
tions d'Interne dans son service.*

A Monsieur le Docteur GENEVRIER

Médecin de l'Hôpital Saint-Joseph

En faible témoignage de reconnaissance pour les enseignements qu'il nous a prodigués et pour la grande bienveillance dont il a toujours fait preuve à notre égard.

A Monsieur le Médecin Commandant ROQUES

Chirurgien des Hôpitaux Militaires

En témoignage de gratitude pour l'accueil qu'il nous a réservé dans son service de l'Hôpital Broussais, de Nantes.

INTRODUCTION

Le traitement des arthrites suppurées du poignet, affection assez rare mais grave, a été jusqu'à présent envisagé par un grand nombre d'auteurs. Ils ont proposé les techniques les plus variées allant de la simple immobilisation à la résection complète de l'articulation : carpe et extrémité inférieure des deux os.

Eliminant les arthrites aiguës tuberculeuses et gonococciques dont l'évolution et le traitement sont bien particuliers, nous étudierons brièvement les différentes thérapeutiques employées dans les arthrites suppurées à pyogènes banaux.

Nous nous proposons de montrer ensuite les indications et les avantages du traitement proposé il y a quelques années par Pouliquen : résection de la tête cubitale suivie d'immobilisation dans un appareil plâtré. Signalons dès maintenant que ce traitement simple, véritable intervention de petite chirurgie, a l'avantage d'agir non seulement sur l'articulation radio-carpienne, mais aussi sur l'articulation radio-cubitale inférieure à laquelle l'infection s'est souvent propagée.

RAPPEL ANATOMIQUE

Au début de cette thèse un court rappel anatomique nous paraît nécessaire, non pour étudier complètement l'articulation du poignet, mais pour en rappeler certaines particularités qui expliquent l'évolution des arthrites et en guident le traitement.

C'est une articulation condylienne, opposant une cavité glénoïde formée de l'extrémité inférieure du radius et du ligament triangulaire à un condyle carpien constitué par le scaphoïde, le semi-lunaire et le pyramidal. Elle se trouve recouverte en avant par une telle quantité d'organes : nerfs, artères, veines et surtout tendons et leurs gaines, que son abord par voie antérieure doit être considéré comme impraticable. Parmi ces rapports antérieurs les plus importants sont les tendons fléchisseurs et leurs gaines synoviales digito-carpiennes, point de départ fréquent des arthrites purulentes du poignet. Ceci avait déjà en 1878 été bien mis en évidence par Schwartz : « Au niveau de la gouttière carpienne union intime du feuillet pariétal, surtout le long des parois interne et externe, avec les ligaments et le périoste de la face antérieure des os du carpe. Il est presque impossible de séparer le feuillet séreux de l'os crochu en dedans,

du trapèze en dehors. Insistons surtout sur le rapport intime du feuillet pariétal de la synoviale avec l'os crochu. Ce dernier et le périoste de cet os ne font pour ainsi dire qu'une seule membrane ».

En arrière, par contre, de nombreuses voies d'abord ont pu être proposées. Les principales sont la dorsale externe employée par Lister, Boeckel, Langenbeck et Ollier, et la cubito-dorsale de Chassaignac et Kocher. Cette incision, qui mène directement sur le cubitus en passant entre le tendon de l'extenseur du V^e en dehors et celui du cubital postérieur en dedans sera préférée pour la résection de la tête cubitale à l'incision de Morestin qui, franchement latérale, passe en avant du tendon du cubital postérieur.

De l'articulation elle-même, considérée en tant que siège de l'arthrite, c'est la synoviale qui est l'élément principal.

La synoviale principale ou radio-carpienne émet de nombreux prolongements entre les différents faisceaux des ligaments antérieurs et postérieurs, mais, fait beaucoup plus important, elle communique souvent avec ses voisines. Dans au moins la moitié des cas elle communique avec la synoviale de l'articulation piso-pyramidale (36 fois sur 67, Poirier). Beaucoup plus rarement (8 fois sur 67, Poirier) par l'interstice scapho-lunaire, elle entre en communication avec la synoviale médio-carpienne dont l'infection complique beaucoup le traitement des arthrites du poignet. En effet, cette synoviale médio-carpienne qui, vers le haut, s'engage des deux côtés du semi-lunaire séparant ces os du scaphoïde et du pyrami-

dal, va émettre vers en bas trois diverticules qui vont s'insinuer entre les quatre os de la seconde rangée du carpe. Les trois articulations ainsi formées peuvent elles-mêmes communiquer avec les synoviales carpo-métacarpiennes.

On voit donc qu'une infection de la radio-carpienne peut s'étendre très loin vers en bas ; vers en haut, elle peut également diffuser, envahissant l'articulation radio-cubitale inférieure.

L'expérience prouve que cette propagation est très fréquente et ceci s'explique par la structure du ligament triangulaire : c'est une formation fibro-cartilagineuse, dont le sommet interne s'insère à la racine de l'apophyse styloïde du cubitus ; épais à cet endroit, il se dirige horizontalement en dehors, s'élargissant et s'amincissant à la fois, pour aller s'insérer au bord inférieur de la cavité sigmoïde du radius qu'il sépare de la surface articulaire carpienne de cet os.

C'est dans cette région externe qu'il peut présenter un orifice. Nous ne pouvons faire mieux que de citer ici Testut : « La synoviale radio-carpienne communique parfois (40 pour 100 environ) avec la synoviale radio-cubitale inférieure par un orifice qui se trouve situé à la base du ligament triangulaire; cet orifice varie beaucoup dans sa forme et dans ses dimensions. Le plus souvent, il revêt l'aspect d'une fente antéro-postérieure de 6 à 7 mm. de longueur, d'autres fois c'est un orifice arrondi ou ovalaire à bords irréguliers et plus ou moins déchiquetés à travers lequel la tête du cubitus entre en rapport immédiat avec le con-

dyle du carpe. Quelle que soit sa forme, l'orifice de communication entre les deux séreuses précitées est taillé en plein dans la base du ligament triangulaire : c'est-à-dire que sa lèvre externe ou radiale est formée non pas par le radius, mais par une portion, si minime soit-elle, du ligament triangulaire ».

Pour Sappey, au contraire : « Quelquefois la partie moyenne de la base n'adhère pas au radius et les deux articulations communiquent ».

Dujarier situe cet orifice comme le fait Sappey et dit qu'il existe fort souvent.

Par contre, Richer nie son existence et Beaunis et Bouchard la donnent comme exceptionnelle. Rouvière ne donne pas de précision sur ce sujet. Poirier cite 27 perforations sur 67, pourcentage équivalent à celui indiqué par Testut. Mais il est permis de penser et ceci est prouvé par l'expérience que dans beaucoup plus de 40 pour 100 des cas, l'arthrite radio-carpienne se complique d'arthrite radio-cubitale, phénomène facilement explicable, en cas de non perforation du ligament triangulaire, par sa minceur et sa fragilité dans sa portion externe. Sa résistance serait en effet étonnante au cours d'une affection qui, par ailleurs, cause des lésions cartilagineuses et osseuses importantes.

Nous avons insisté sur ce point car la résection de la tête cubitale en supprimant la joue interne de l'articulation radio-cubitale inférieure constitue un traitement radical de son arthrite, surtout si l'on a soin d'étendre un peu cette résection vers en haut,

l'abrasement d'un centimètre environ de diaphyse cubitale mettant à plat le cul-de-sac synovial supérieur, lequel remonte dans l'espace inter-osseux à environ 8 mm. au-dessus des surfaces articulaires. On

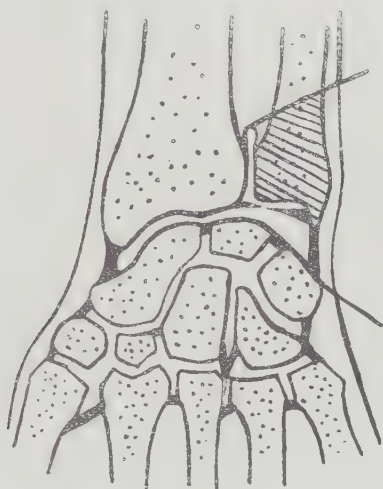


FIGURE 1. — La partie hachurée représente la portion à réséquer.

conçoit aisément qu'une résection de cette étendue (fig. 1) procure un excellent drainage du poignet, l'importante brèche articulaire ainsi constituée pouvant être toujours maintenue en position déclive sans gêne pour le malade.

ÉTIOLOGIE. - SYMPTOMATOLOGIE DIAGNOSTIC

Nous avons dit que les arthrites suppurées du poignet, en dehors de la tuberculose et de la gonococcie, étaient graves mais rares ; ajoutons qu'elles tendent encore à se raréfier depuis que s'est amélioré le traitement du phlegmon des gaines des fléchisseurs.

C'est là, en effet, la cause la plus habituelle des arthrites aiguës du poignet. Sur les cinq cas que nous rapportons, quatre ont cette étiologie, et ce pourcentage important est à peu près celui de toutes les publications que nous avons pu consulter.

Une exception doit cependant être faite pour les arthrites consécutives à des plaies de guerre qui peuvent inoculer directement l'articulation ; ces infections articulaires par effraction sont exceptionnelles dans la pratique civile.

En dehors de ces arthrites par infection de voisinage ou par effraction, il faut citer les arthrites d'origine hémato-gène.

Celles-ci sont très rares ; en effet, en dehors de celle que nous publions (obs. IV) consécutive à une otite, nous n'en avons relevé qu'une seule, publiée

par Laporte et Bernardbeig, secondaire elle aussi à une otite.

Les atteintes graves du poignet au cours des maladies infectieuses sont également fort rares ; leur pronostic est très réservé si elles constituent l'une des manifestations d'une septicémie par ailleurs certaine, telle que l'on en observe au cours d'affections à méningocoques et à pneumocoques surtout.

Par contre, les réactions articulaires légères que l'on voit survenir, comme complications isolées d'oreillons, d'une rougeole, d'une scarlatine, d'une fièvre typhoïde même, sont habituellement d'un pronostic très bénin.

En clinique, les arthrites suppurées du poignet se manifestent par l'apparition au niveau de l'article d'une tuméfaction rouge, chaude et douloureuse, les mouvements sont limités et augmentent la douleur, ils révèlent parfois l'existence de craquements dans la radio-carpienne pour les mouvements de flexion et d'extension, dans la radio-cubitale inférieure pour les mouvements de pro-supination. Ce signe, associé à une altération marquée de l'état général, est d'une valeur considérable pour le diagnostic des arthrites consécutives à une suppuration de voisinage.

Ce diagnostic est particulièrement délicat au cours des phlegmons des gaines qui, à eux seuls, donnent souvent un tableau clinique impressionnant avec rougeur, douleur, chaleur et aussi limitation des mouvements du poignet et altération importante et rapide de l'état général.

Dans ce cas, il ne faudra pas compter sur la radiographie pour préciser l'existence de lésions articulaires, mais traiter rapidement et largement le phlegmon, et continuer à observer attentivement son malade en se tenant prêt à intervenir au premier signe certain d'atteinte articulaire.

En cas d'arthrite isolée, le diagnostic est plus facile, on peut, de plus, s'il n'y a pas urgence extrême, s'aider de la ponction, qui, en affirmant l'arthrite, préciserait le germe causal, permettant ainsi parfois d'associer au traitement chirurgical, un traitement médical (vaccin ou sérum).

HISTORIQUE DU TRAITEMENT

La thèse de Schwartz en 1878 est le premier ouvrage qui contienne plusieurs observations détaillées d'arthrites suppurées du poignet.

Avant lui, Legouest en 1857 dans sa thèse d'agrégation, Baucher en 1859 et Chevallet en 1875 en avaient rapporté des cas isolés, mais sans en tirer de déductions thérapeutiques.

Les conclusions de Schwartz étaient les suivantes :
« La plupart du temps l'amputation sera nécessaire et il faudra la pratiquer avant que le malade soit épuisé par la suppuration ou pris d'une autre complication. »

Cette ligne de conduite vient de ce qu'il enregistre 5 décès sur 7 cas observés.

Depuis lors, pour éviter l'amputation, divers traitements ont été proposés ; nous allons les étudier brièvement en allant des plus simples aux plus complexes.

Ponctions

La ponction a fourni de bons résultats à Cotton. Sa technique consiste, après évacuation de tout le

pus, à laver l'articulation au moyen de deux trocars avec une solution de mercurochrome ou de Dakin, et à répéter, en cas de besoin, cette opération tous les cinq ou six jours.

D'autre part, Netter a conseillé les injections intra-articulaires de sérum, même non spécifique, dans les arthrites suppurées.

Il semble bien, malgré l'excellence des résultats obtenus par Cotton, que ce soient là des traitements insuffisants dans la majorité des cas et que l'on ne doive retenir la ponction seulement, comme élément de diagnostic.

Immobilisation plâtrée

L'immobilisation plâtrée, proposée par Quénu, ne semble guère avoir été employée si ce n'est comme adjuvant d'autres traitements chirurgicaux. L'immobilisation simple utilisée pourtant dans d'autres arthrites aiguës, de la hanche par exemple ou des doigts (Boehler) ne paraît pas plus que la ponction être un traitement suffisant pour les arthrites du poignet dont on sait la gravité habituelle.

Arthrotomies

L'immobilisation plâtrée, associée à une arthrotomie large, constituerait un traitement séduisant si cette dernière était réalisable, mais un bon drainage

du poignet s'est avéré presque impossible à obtenir sans résection osseuse. C'est là l'intérêt du traitement que nous nous proposons d'exposer dans cette thèse.

L'arthrotomie simple, qu'elle soit dorsale externe ou dorsale interne, a été condamnée par Lecène pour l'insuffisance du drainage qu'elle procure.

La mobilisation immédiate après arthrotomie ne semble pas non plus devoir permettre de vider les nombreux recoins synoviaux du poignet, d'ailleurs Willems, promoteur de cette méthode de mobilisation active précoce, n'en publiait en 1918 aucun résultat pour le poignet.

Résections

Ollier en 1885 étudiait déjà cinq variétés de résections du poignet :

1° Ablation des os du carpe seuls (carpectomie totale) ;

2° Ablation du carpe avec résection des extrémités inférieures du radius et du cubitus, ou résection carpo-antibrachiale du poignet ;

3° Ablation du carpe avec résection des extrémités supérieures du métacarpe ou résection carpo-métacarpienne du poignet ;

4° Ablation du carpe avec résection des extrémités antibrachiales et des extrémités des métacarpiens, ou résection totale du poignet ;

5° Résection des extrémités inférieures du radius et du cubitus, sans toucher au carpe, ou résection anti-brachiale du poignet.

De tous ces traitements, Desfossés pouvait dire qu'en 1918, ils n'avaient fourni aucun résultat vraiment satisfaisant.

Depuis lors, on a essayé, pour le traitement des arthrites suppurées du poignet, de substituer à ces interventions larges, des opérations moins mutilantes, et si la carpectomie totale est encore pratiquée, on lui a le plus souvent préféré la résection de la première rangée du carpe ou même la résection du semi-lunaire (procédé de Chaput).

RÉSECTION DU CARPE OU DE SA PREMIÈRE RANGÉE

Pour ces résections, l'incision de choix est la dorsale externe de Boeckel qui mène sur le scaphoïde que l'on extirpe le premier ; on enlève ensuite le semi-lunaire et le pyramidal, créant ainsi un jour suffisant pour la résection de la seconde rangée si on la juge utile.

De ces résections carpiennes Lecène disait : « La résection du carpe est la seule capable d'amener la guérison », et un peu plus loin : « La résection permet d'obtenir une guérison acceptable avec conservation de quelques mouvements. »

Il est certain que ces interventions, de technique assez délicate, ont, à côté de beaucoup de résultats

moyens, fourni parfois de véritables succès tel que celui remarquable obtenu par Rocher en 1930 :

Arthrite suppurée du poignet consécutive à une plaie articulaire ; résection de la première rangée des os du carpe ; résultats : extension 5°, flexion 90°, mouvements de supination conservés (Thèse Géniaux).

Ce traitement semble préférable à celui de Chaput : drainage trans-articulaire par ablation du semi-lunaire.

DRAINAGE TRANS-LUNAIRE DE CHAPUT

Les résultats qu'il permet d'obtenir sont médiocres et cette résection partielle paraît de technique délicate, surtout si on la compare à cette autre résection partielle que nous allons étudier maintenant : la résection de la tête cubitale.

Nous n'insistons pas en effet sur l'amputation, seul traitement d'autrefois. On n'y a recours maintenant que si la vie du malade est en jeu.

LA RÉSECTION DE LA TÊTE CUBITALE

Proposé en juin 1932 par Pouliquen à la Société Nationale de Chirurgie, ce traitement est des plus simples.

L'anesthésie

On pourrait se contenter d'une simple anesthésie locale, mais par suite de la sensibilité osseuse et de la difficulté d'une bonne anesthésie en tissus enflammés, on lui préférera une anesthésie générale. Celle-ci ne risque pas en effet, d'avoir des répercussions sérieuses sur l'état général du malade, du fait de la courte durée de l'intervention.

Pour cette opération que l'on doit facilement pratiquer en quelques minutes, le procédé de choix nous paraît être une injection intra-veineuse d'une faible dose d'Evipan.

L'incision

L'incision employée sera la dorsale interne ou cubito-dorsale de Chassaignac et Kocher ; on pour-

rait également utiliser l'incision cubitale interne de Morestin. Cette dernière moins souvent choisie donnerait en effet, une fois la tête cubitale réséquée, à peu près le même jour sur l'articulation que la précédente dont elle n'est d'ailleurs séparée que par le tendon du cubital postérieur.

Utilisant la voie dorsale interne, la technique est la suivante : ayant d'abord senti en arrière la tête cubitale, toujours perceptible, même en cas d'œdème important, on fait à son niveau une incision de six centimètres environ. Elle sera presque verticale, très légèrement oblique en bas et en dedans.

Suivant le conseil de Lecène, on l'arrêtera à la base du 5^e métacarpien, car en prolongeant l'incision sur le dos de la main, on ne ménagerait plus la branche cutanée dorsale du nerf cubital dont la section déterminerait l'anesthésie de la face dorsale des premières phalanges des 5^e et 4^e doigts et de la moitié de celle du 3^e.

Vers le haut, l'incision dépassera nettement la tête cubitale, de sorte que celle-ci fera saillie juste en son milieu. Arrivé au contact de l'os, on le dénudera à la rugine, laissant en dehors le tendon de l'extenseur du V^e et plus en dehors, toute la masse des tendons extenseurs, tandis que l'on récline en dedans et en avant celui du cubital postérieur.

L'extrémité inférieure du cubitus ainsi mise à nu sera alors facilement réséquée en quelques coups de pince-gouge.

La limite de cette résection se trouvant un centi-

mètre environ au-dessus de l'articulation radio-cubitale inférieure, sera oblique de dehors en dedans et de bas en haut (fig. 1) de façon que la vaste cavité de drainage ainsi constituée soit bien ouverte à la surface, ne permettant ainsi l'existence d'aucune rétention.

Habituellement pour cette ablation de la tête cubitale, le ligament triangulaire ne constitue pas une gêne, sa mince portion externe étant de faible résistance même en l'absence de perforation, à plus forte raison lorsque les articulations radio-carpienne et radio-cubitale inférieure communiquent largement. Dans le cas contraire, on le sectionnerait au ras de son insertion radiale.

De même les autres ligaments de l'articulation du poignet ne gêneront pas, le seul vraiment résistant de ce côté : le ligament latéral interne, sera sectionné sous la styloïde cubitale sur laquelle il est solidement inséré.

De l'articulation largement ouverte s'écoule habituellement du pus en assez grande quantité. Après en avoir prélevé afin d'identifier le germe causal, on assèche l'articulation qu'il sera bon de laver à l'éther, au dakin ou à n'importe quel antiseptique pas trop irritant, avant de mécher.

La mèche de gaze ne sera pas tassée mais bien enfoncée, s'engageant entre la surface articulaire du radius et le condyle carpien. Profitant de la fin de l'anesthésie, on place aussitôt l'appareil plâtré.

L'appareil plâtré

Ce sera une gouttière assez légère partant du coude dont elle laisse les mouvements entièrement libres et descendant du côté de la paume de la main jusqu'au pli de flexion inférieur afin de permettre la mobilisation quotidienne et méthodique de toutes les articulations dès doigts.

Dans cet appareil, en prévision de l'ankylose possible, presque probable, le poignet se trouve immobilisé en position de fonction, c'est-à-dire : la main en légère hyperextension sur l'avant-bras, elle sera de même en très légère inclinaison radiale, ce qui présentera le double avantage de rendre plus béante la brèche articulaire et d'éviter la déformation inverse, inclinaison cubitale de la main que la suppression de l'appui cubital aurait pu faire craindre.

Aussitôt le plâtre pris, on le fenêtré largement au niveau de l'incision afin de permettre les pansements ultérieurs. S'il existait déjà précédemment une ou plusieurs incisions de drainage d'un phlegmon des gaines, on leur ménagerait également une voie d'accès pour les pansements.

On voit donc que le traitement des arthrites suppurées du poignet par résection de la tête du cubitus n'offre aucune difficulté. C'est de beaucoup le plus simple de tous les traitements vraiment efficaces qui aient été proposés.

Nous verrons qu'il donne de bons résultats, résultats d'autant meilleurs qu'auront été régulièrement faits les importants soins post-opératoires que nous allons étudier maintenant.

SOINS POST-OPÉRATOIRES

Comme dans toutes les affections articulaires, les soins post-opératoires sont ici particulièrement importants.

Dans les jours qui suivent l'intervention, la préoccupation majeure sera l'état général de l'opéré. Il faut, en effet, se souvenir que l'arthrite suppurée du poignet est une maladie très grave. Nous avons vu qu'autrefois on jugeait l'amputation nécessaire pour sauver la vie du malade, maintenant encore plusieurs auteurs rapportent des cas où il a fallu sacrifier la main, et même des cas mortels.

Dans les cas sérieux dont la gravité dépend habituellement d'une déficience organique antérieure ou de l'évolution dans les jours précédents d'un phlegmon des gaines, il convient d'administrer des toni-cardiaques et de lutter contre l'infection par une vaccinothérapie et surtout une sérothérapie spécifiques si le germe causal a pu être identifié ; on peut également avoir recours à la bactériophagie ou à la chimiothérapie. Ces traitements généraux sont d'une importance capitale si l'arthrite constitue l'une des manifestations d'un état septicémique.

A la sérothérapie générale, il convient d'associer

une sérothérapie locale : on pourra laver l'articulation au sérum spécifique et en imbiber les mèches. On pourrait même utiliser du sérum non spécifique si l'on en croit Netter. Il se base sur d'heureux résultats obtenus par le sérum antiméningococcique dans des arthrites survenues au cours de méningites cérébro-spinales et où l'examen bactériologique n'avait pas montré la présence de méningocoques, mais de pneumocoques et dit : « Les arthrites suppurées peuvent être rapidement et définitivement guéries par les injections intra-articulaires de sérums non spécifiques. » Quoi qu'il en soit, ce traitement employé comme adjuvant peut être utilisé sans danger au cours des pansements.

Les pansements seront assez fréquents au début. En même temps qu'un nettoyage de la plaie ils pourront comporter un lavage de l'articulation et devront permettre de s'assurer qu'il n'existe pas de rétention purulente.

Assez rapidement, dès que la suppuration diminuera on les espacera et on cessera de mécher l'articulation, on veillera cependant à éviter une fermeture trop précoce des plans superficiels.

De l'abondance de l'écoulement dépendra la fréquence des pansements, il faut en effet bien prendre garde à ce que le plâtre ne soit pas souillé car on peut être amené à le conserver assez longtemps.

Nous avons vu la position de la main dans l'appareil plâtré, celui-ci devra être maintenu au moyen d'une écharpe, de telle façon que la fenêtre prati-

quée sur le bord cubital se trouve toujours en déclive. C'est là d'ailleurs une position naturelle que le malade peut supporter longtemps sans aucune gêne.

Pour ce qui est de la durée de l'immobilisation, aucun laps de temps ne peut être fixé de façon absolue, la prudence conseillant de la maintenir tant qu'il existe un écoulement assez abondant et franchement purulent.

Si sa durée moyenne semble devoir être de 15 à 20 jours, on peut être amené à laisser l'appareil plâtré jusqu'à 7 semaines (obs. IV) ou au contraire on peut le supprimer dès le huitième jour (ceci a pu être fait chez le malade de l'obs. I dont le résultat éloigné est le meilleur).

Une mobilisation assez précoce et rationnelle est en effet nécessaire à l'obtention d'un bon résultat fonctionnel. Comme disait Desfossés : « La chirurgie ne consiste pas seulement à couper et à recoudre. En orthopédie tout chirurgien doit être doublé d'un kinésithérapeute. »

Le chirurgien devra donc veiller, durant l'immobilisation, à ce que les doigts, grâce à une gymnastique presque continuelle, ne s'ankylosent pas, et aussitôt l'appareil plâtré supprimé, il devra prudemment entreprendre la mobilisation du poignet.

INDICATIONS ET AVANTAGES

La résection de la tête cubitale suivie d'immobilisation plâtrée nous semble constituer un traitement possible dans tous les cas d'arthrite suppurée du poignet, cependant cette méthode paraît particulièrement indiquée dans certaines circonstances.

C'est d'abord dans les arthrites suppurées vues et diagnostiquées précocement. En effet, dès que le diagnostic d'arthrite purulente est porté avec certitude, ce qui, on l'a vu, n'est pas toujours facile, la prudence conseille le drainage de l'articulation. A ce stade de début, les lésions osseuses sont inexistantes ou pour le moins très minimes et l'on voudrait pouvoir se contenter de la simple arthrotomie ; celle-ci s'avérant manifestement insuffisante, il est logique de choisir parmi les résections osseuses celle qui, assurant cependant un bon drainage, est la moins mutilante.

La résection de la tête cubitale nous paraît être celle-là. Nous avons vu quelle vaste cavité de drainage elle créait, cavité qu'il est facile de maintenir béante tant que le besoin s'en fait sentir. Ajoutons que cette intervention est moins mutilante qu'on pourrait le croire.

Ollier n'en augurait rien de bon du point de vue fonctionnel puisqu'il disait : « Je ferais remarquer que si l'on se contente de retrancher l'extrémité inférieure du radius, ou seulement celle du cubitus, la main se déjette dans le même sens d'où il résulte qu'il est nécessaire de couper également les deux os. »

C'est en partie cette crainte de la main bote qui a donné naissance à plusieurs procédés pour traiter les luxations radio-cubitales inférieures.

Sauvé et Kapandji ont prôné deux méthodes. En 1933 ils conseillèrent la constitution d'un ligament annulaire péri-cubital inférieur au moyen d'une greffe aponévrotique prélevée sur le fascia-lata et fixée au radius dans un tunnel perforant l'os de part en part.

Tout dernièrement, ils proposaient une intervention en deux temps consistant à réséquer un segment de cubitus, au-dessus de la tête. Cette solution de continuité est comblée par des fibres musculaires (carré pronateur) que l'on suture au tendon du cubital postérieur. La tête cubitale ainsi conservée est fixée à l'extrémité inférieure du radius grâce à la pseudarthrose qui a été constituée plus haut, les mouvements de pro-supination sont possibles.

Bazy et Galtier pratiquent pour ces luxations la résection de la tête cubitale, mais font une butée au moyen d'un volet prélevé sur la face interne de l'extrémité inférieure du radius. Ce volet osseux, rabattu à angle droit pour remplacer la tête cubitale

dans la statique du poignet, est maintenu par la suture du ligament supérieur de la radio-cubitale inférieure, des débris de la capsule et de l'étui périostique.

Ces interventions séduisantes mais assez complexes pour une affection d'apparence bénigne, ont été proposées non seulement pour éviter la main bote, mais aussi pour essayer de conserver les mouvements de pro-supination qui seraient supprimés par un simple vissage des extrémités radiale et cubitale inférieure.

Or cette ankylose de l'articulation radio-cubitale inférieure, entraînant une grosse gêne fonctionnelle, peut se constituer à la suite d'une arthrite suppurée, et nous avons vu la fréquence de l'atteinte de la radio-cubitale au cours des arthrites du poignet.

La suppression de la tête cubitale rend cette complication impossible, et c'est là un avantage appréciable.

Quant à la possibilité d'une déviation interne de la main, il semble que ce ne soit pas une raison suffisante pour ne pas employer cette méthode. La simple vue d'un schéma du poignet montre qu'elle n'est pas tellement à craindre, en effet, la majeure partie du condyle carpien, les deux tiers environ, répond à la surface articulaire du radius ; l'importance de ces rapports radio-carpiens rend improbable un mouvement de bascule du carpe vers en dedans, et l'expérience, peu étendue, il est vrai, a montré que ce mouvement ne se produisait pas.

Chez le malade de l'observation I qui n'a présenté aucune déviation latérale, on a même observé un léger élargissement de l'extrémité inférieure du radius, tendant à constituer, de lui-même, une butée interne (fig. 2).

En cas d'ankylose, cette complication n'est pas à envisager, le poignet s'immobilisant dans la position où il a été plâtré.

Recommandable dans les cas diagnostiqués précocement la résection de la tête cubitale nous paraît également être un traitement logique des arthrites vues tardivement avec atteinte grave de l'état général ; sa simplicité en fait une intervention très peu choquante du fait du minimum d'anesthésie qu'elle exige, et l'excellent drainage qu'elle procure permet d'y avoir recours avant d'envisager l'amputation.

Signalons enfin que si l'on se trouve en présence de lésions osseuses importantes, on peut aisément, par cette voie, énucléer les os de la première rangée du carpe, d'autant plus facilement qu'ils sont plus nécrosés, leur énucléation pouvant même se faire à la curette (Lecène).

Utilisable dans toutes les arthrites de l'adulte, la résection de la tête cubitale ne doit pas être pratiquée chez l'enfant, car, supprimant l'épiphyse fertile de l'os, elle en arrêterait le développement.

C'est là, nous semble-t-il, sa seule contre-indication.

RÉSULTATS

Voyons maintenant les résultats obtenus par ce traitement comparativement à ceux qu'ont fournis les autres procédés.

Le petit nombre d'observations que nous avons à publier ne permet pas d'établir une statistique, il suffit cependant amplement à justifier la méthode.

Sur les 5 cas que nous rapportons, nous relevons en effet :

OBSERVATION I. — Excellent résultat fonctionnel, pas de déviation latérale de la main, mouvements étendus du poignet, mouvements normaux de pronation et de supination, fonctionnement parfait des doigts.

OBSERVATION II. — Mauvais résultat fonctionnel, poignet et doigts ankylosés : la conservation de la main constitue déjà un résultat appréciable dans un cas aussi grave.

OBSERVATION III. — Ankylose presque complète du poignet, mais conservation de mouvements assez étendus des doigts.

OBSERVATION IV. — Résultat fonctionnel satisfai-

sant, poignet relativement souple (mouvements de flexion de 20° environ), mouvements assez étendus des doigts, la pronation et la supination sont limitées mais pas abolies.

OBSERVATION V. — Ankylosé du poignet et du pouce, mais mobilité presque normale des autres doigts.

Il est impossible de tirer des conclusions formelles d'une aussi courte série d'observations, mais il faut cependant retenir que :

- 1° Pour ces 5 cas, il n'y a ni décès ni amputation.
- 2° Pas une fois on n'a eu de déviation latérale de la main.
- 3° Les résultats fonctionnels sont dans l'ensemble au moins aussi satisfaisants que ceux obtenus par les autres procédés.

Voici en effet les résultats de quelques auteurs :

SCHWARTZ conclut : « 5 fois sur 7 la mort est intervenue ; une fois on a pu pratiquer l'amputation à temps, encore le malade a-t-il été emporté par une phtisie rapide ; dans le 7^e cas, nous retrouvons la malade un an après l'explosion de sa synovite, avec un poignet ankylosé et fistuleux contenant un séquestre mobile. C'est dire combien le pronostic présente de gravité. »

CHAPUT, au moyen de la résection du semi-lunaire a eu sur 5 cas : 1 mort, 1 ankylose du poignet avec main en griffe, 1 ankylose du poignet avec mouvements assez étendus des doigts, 1 amputation, 1 cas enfin dont le résultat éloigné n'est pas connu.

ROCHER a obtenu de la résection de la première rangée des os du carpe : un résultat médiocre et un excellent résultat fonctionnel.

MURARD enfin a publié un assez bon résultat fonctionnel après carpectomie totale.

OBSERVATIONS

OBS. I (POULIQUEN, *Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir. de Paris*, 8 juin 1932, p. 897).

Ned... (F.), du Tréhou, âgé de 69 ans, est adressé à Brest le 17 avril 1927 pour un phlegmon de la gaine synoviale du pouce gauche consécutif à un panaris de la phalangette.

Après incision du phlegmon antibrachial, par double incision, le malade va mieux, mais au bout de quelques jours il tient à repartir chez lui pour des raisons de famille. Le 7 mai il revient dans un état beaucoup plus grave. Le poignet est très tuméfié, œdématié, les mouvements sont très douloureux et à la pression on perçoit des craquements très nets, surtout au niveau de l'articulation radio-cubitale. Il s'agit de toute évidence d'une arthrite purulente du poignet.

Ayant perçu de gros craquements au niveau de l'articulation radio-cubitale et ayant même trouvé à ce niveau des mouvements anormaux de dislocation, l'idée me vient d'enlever la tête du cubitus pour obtenir un large drainage de la jointure.

L'opération fut faite le 8 mai : incision dorsale sur la saillie de l'extrémité cubitale, rugination puis abla-

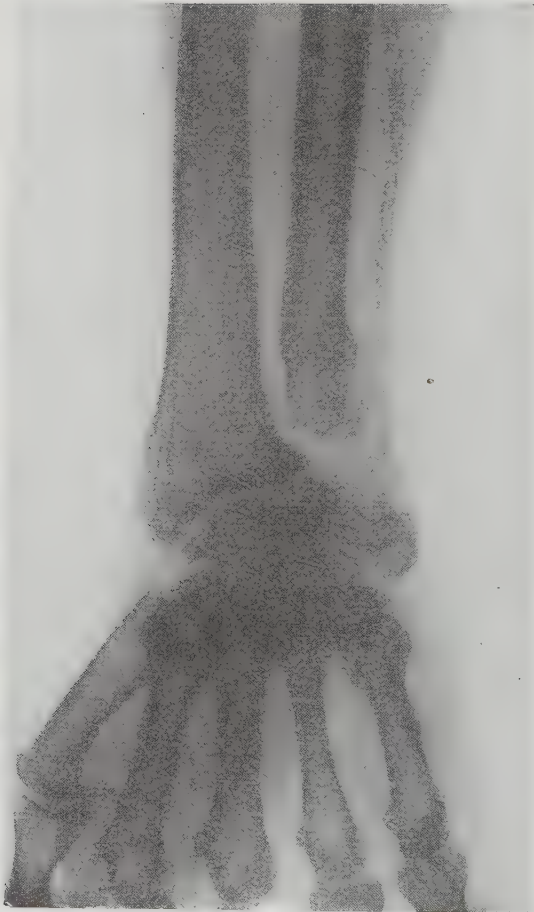


FIGURE 2

tion de la tête à l'aide de quelques coups de pince gouge. Du pus coula en abondance et une mèche fut placée dans la large brèche articulaire. Enfin un ap-

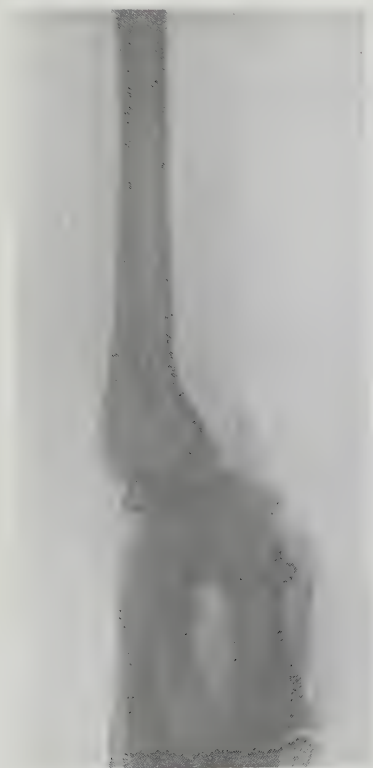


FIGURE 3

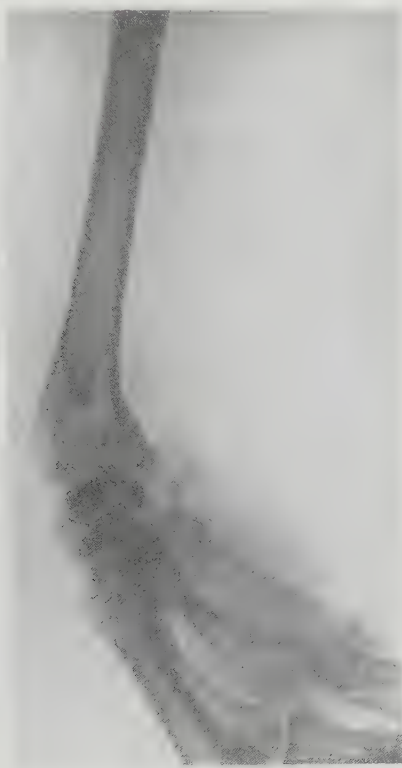


FIGURE 4

pareil plâtré fut aussitôt appliqué avec une fenêtre sur le bord cubital de la main pour permettre les pansements. Le malade fut immédiatement soulagé, la température tomba et, au bout de huit jours, il rentra chez lui après ablation du plâtre. Il fut ensuite

soigné par son médecin traitant et la guérison fut complète au bout de deux mois.

J'ai revu ce malade cinq ans après son opération et j'ai été heureusement surpris du résultat.



FIGURE 5



FIGURE 6

Comme le montre la radiographie (fig. 2), la main est bien restée dans le prolongement de l'avant-bras, sans aucune déviation latérale. L'extrémité inférieure du radius s'est légèrement élargie comme pour mieux s'adapter à la première rangée du carpe. L'interligne articulaire est net, ce qui explique les mouvements du poignet. Ils se font avec une ampleur suffisante, si bien que la flexion atteint au moins la

moitié de sa course (fig. 3 et 4). Le malade étend complètement les doigts (fig. 5) et peut également les fléchir avec force (fig. 6), les extrémités arrivent facilement à toucher la paume de la main.

Les mouvements de pronation et de supination se font avec une amplitude presque complète.

L'ouvrier exerce la profession de boulanger et comme il est presque paralysé du côté droit, c'est de la main opérée surtout qu'il se sert.

Le résultat fonctionnel est donc excellent, et en matière d'accident du travail, l'incapacité ne dépasserait pas 10 %.

OBS. II (POULIQUEN, *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 8 juin 1932).

Ges... (R.), de Guipavas, cultivateur. Ce malade m'a été adressé le 22 février 1930 pour une arthrite purulente du poignet, survenue à la suite d'un phlegmon de la gaine du pouce. Le poignet était énorme et très douloureux, les doigts et la main très œdématisés, cas très grave.

Pour drainer l'articulation, je pratique la résection de la tête cubitale et j'applique un appareil plâtré fenêtré.

L'amélioration est rapide et le malade quitte la clinique au bout de huit jours. Il est traité par son médecin habituel et la guérison est obtenue au bout de trois mois.

Ce malade mort en 1931 de tuberculose pulmonaire n'avait pu reprendre son travail après l'opération, le poignet étant resté raide et les doigts presque complètement ankylosés.

OBS. III (POULIQUEN, *Bull. et Mém. Soc. Chér.*, 8 juin 1932).

R... (G.), de Lambézellec, 70 ans. Malade adressé le 26 mars 1931 pour un phlegmon de la gaine cubi-



FIGURE 7

tale du petit doigt de la main gauche, survenu à la suite d'une suppuration de la phalangette.

La gaine paraît intacte au niveau de la paume, mais au poignet il existe une collection purulente très nette.

Incision le 26 mars. Le malade quitte la clinique le jour même et revient quinze jours après avec tous les signes d'une arthrite purulente. Il souffre beaucoup, la fièvre est élevée, il ne dort pas. Le poignet est très tuméfié et au niveau de l'articulation radio-cubitale on sent de gros craquements. Le diagnostic d'arthrite purulente s'impose.

Opération le 15 avril 1931, résection de la tête cubitale et appareil plâtré fenêtré qui est gardé cinq semaines.

Le malade tient à repartir le jour même et est soigné ensuite par son médecin.

Le mieux est immédiat, mais les suites sont longues. Trois semaines après l'intervention, j'enlève par la première incision de drainage un tendon sphacélé et six semaines plus tard, je fais un curettage d'un trajet fistuleux articulaire qui me permet d'enlever un petit séquestre. A partir de ce moment, les pansements deviennent très simples et la guérison est obtenue.

Le malade est revu un an après l'opération, le résultat éloigné est très satisfaisant. La main est bien dans l'axe de l'avant-bras (fig. 7). L'articulation du poignet est presque ankylosée, mais les doigts, sauf l'auriculaire, ont conservé des mouvements assez étendus et ils forment avec le pouce une pince solide.

Le malade, retraité de la marine, ne travaille pas, mais peut vaquer à ses occupations et il se sert de sa main mutilée pour s'habiller, manger...

OBS. IV (POULIQUEN, *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 8 juin 1932).

Le Fo... (G.), 48 ans, de Ploudalmézeau.

A la fin d'une grippe avec congestion pulmonaire, ce malade est pris de douleurs à l'oreille droite et adressé à l'hôpital de Brest par le Docteur Caraés. Il entre dans le service d'oto-rhino-laryngologie où il est opéré de mastoïdite par le Docteur Lecouteur le 13 janvier 1931.

Au bout de quinze jours, alors qu'il allait bien, il est repris de température et une arthrite purulente, métastatique se développe au niveau du poignet droit.

On le passe dans le service de chirurgie où il est opéré par le Docteur de la Marnierre : résection de la tête cubitale par incision dorsale et immobilisation par plâtre fenêtré.

Les suites opératoires sont simples. Le malade est soulagé immédiatement après l'opération et il rentre chez lui le 12 mars. Le plâtre est gardé sept semaines et la guérison est obtenue au bout de deux mois.

Au cours de la convalescence, nouvelle poussée thermique avec périostite du tibia gauche. Il s'agissait donc d'un état septicémique.

Revu en juin 1932, ce malade a un bon résultat final. Le poignet à l'inspection paraît normal. L'articulation est enraidie mais pas complètement, des mouvements de flexion de 15 à 20° sont possibles.

Les mouvements de pronation et de supination sont limités mais pas abolis. La main est en rectitude sans déviation latérale.

Le pouce a conservé presque intégralement sa mobilité, l'index et le médus un peu fléchis, se meuvent également très bien. En revanche, l'annulaire et l'auriculaire sont presque complètement ankylosés en crochet, mais cette déformation doit surtout provenir de l'aponévrose palmaire, car déjà le petit doigt de l'autre main est rétracté et celui du côté malade commençait à se fléchir avant l'opération.

Le malade a beaucoup de force dans la main, il est maçon et n'est pas gêné pour se servir du marteau.

Le résultat est en somme satisfaisant.

OBS. V (POULIQUEN, *inédite*).

Mme Le M..., âgée de 71 ans, entre à l'hôpital de Brest le 4 mars 1933 pour un phlegmon grave de la gaine du pouce droit. Des incisions ont déjà été pratiquées au niveau de la face antérieure du pouce et à la paume de la main. Le poignet est très tuméfié ainsi que la face dorsale de la main. L'avant-bras lui-même est très œdématié.

Dès l'arrivée de la malade, une incision est faite à la face antéro-externe du poignet pour drainer le cul-de-sac synovial.

Malgré un large drainage, une immobilisation en gouttière métallique et une vaccinothérapie au propidon, la température se maintient très élevée aux environs de 40°.

Le 8 mars 1933, nouvelle incision au poignet et à la face dorsale de la main.

Le jour suivant, l'état semble s'améliorer, mais le

poignet reste très gros et des craquements apparaissent dans l'articulation, signe évident d'arthrite.

Le 17 mars 1933, l'état est tel que l'on hésite entre l'amputation et un drainage articulaire.

La malade insiste pour la conservation et l'on se décide à réséquer la tête du cubitus. Incision sur la partie saillante de l'os, rugination, ablation à la pince-gouge de la tête et d'environ 1 cm. de diaphyse cubitale. Les articulations radio-carpienne et radio-cubitale se trouvent ainsi largement ouvertes et du pus sort en assez grande quantité.

Une mèche de gaze est laissée dans la cavité. On applique ensuite un appareil plâtré dans lequel sont faites trois ouvertures au niveau des incisions de drainage.

Les jours suivants, la malade se trouve soulagée et la température baisse rapidement. La suppuration cependant reste abondante. Le plâtre est conservé jusqu'au 1^{er} mai 1933.

Le 15 mai, par un trajet fistuleux, on retire un petit séquestre. Un autre sort spontanément en juin. A ce moment le poignet est complètement ankylosé, ainsi que le pouce qui est rétracté en adduction.

En décembre 1933, à sa sortie de l'hôpital, la malade conserve une petite fistule, elle refuse d'ailleurs toute intervention.

Revue en 1936, cette femme âgée de 74 ans se trouve dans un hospice de vieillards.

Le poignet est complètement ankylosé et le pouce est inutilisable, mais les autres doigts ont gardé des mouvements assez étendus et rendent grand service à la malade très heureuse d'avoir conservé la main.

CONCLUSIONS

L'arthrite suppurée du poignet est rare et grave. De diagnostic difficile, surtout lorsqu'elle complique un phlegmon des gaines des fléchisseurs, elle exige un traitement précoce et énergique.

Pour obtenir un bon drainage une résection osseuse est nécessaire.

La résection de la tête du cubitus est, de beaucoup, la plus facile à pratiquer. Cette intervention de petite chirurgie présente, en outre, sur les autres procédés, plusieurs avantages :

Elle supprime l'articulation radio-cubitale inférieure souvent atteinte ; elle draine largement l'articulation radio-carpienne par une voie déclive, l'avant-bras étant immobilisé en demi-supination par un appareil plâtré fenêtré.

Ce traitement doit être complété par la mobilisation des doigts dès le début, du poignet aussitôt le plâtre enlevé ; il a déjà à son actif, malgré son utilisation récente, des résultats très satisfaisants, ce qui, joint à sa simplicité, en justifie l'emploi.

Vu .

LE DOYEN,

ROUSSY.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

B. CUNÉO.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- APERT et CAMBASSÉDÈS. — Les arthrites purulentes aiguës aseptiques. (*Presse Médicale*, n° 71, 26 nov. 1919, p. 713).
- AUVRAY. — *Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris*, 14 mars 1917, p. 685.
- BAZY et GALTIER. — *Journal de Chirurgie*, juin 1935, p. 867.
- BÉRARD. — Résultat des résections faites par Ollier. (*Soc. Chir. Lyon*, 28 juin 1930).
- BROCA. — Chirurgie de guerre et d'après-guerre. (Paris, Masson, 1921).
- CADENAT. — Les voies de pénétration des membres, tome I, p. 166.
- CHAPUT. — Traitement des arthrites suppurées du poignet par le drainage translunaire de l'articulation. (*Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris*, 28 janv. 1914, p. 109).
- COMBIER et MURARD. — Etude sur la chirurgie de guerre du poignet. Indications opératoires d'après les résultats. (*Revue de Chirurgie*, 1918, pp. 1 à 48).
- DÉFOSSÉS. — Résultats éloignés des résections du poignet. (*Presse Médicale*, 14 juillet 1920, p. 893).
- DESTOT. — Poignet et rayons X. (*Lyon Chir.*, 1921, p. 164).
- FIEUX. — Traitement des arthrites purulentes. Arthrotomie. (*Presse Médicale*, 9 mars 1918).

- GÉNIAUX. — Traitement chirurgical des arthrites et ostéo-arthrites suppurées du poignet. (*Thèse Bordeaux*, 1934).
- ISELIN. — Plaies des mains, p. 132.
- LAPORTE, BERNARD BEIG et BOUNHOURE. — Arthrite purulente du poignet. (*Toulouse Médical*, 15 avril 1933, p. 227).
- LASERRE. — Résection partielle primitive du carpe pour coup de fusil reçu à bout portant. Bons résultats. (*Gaz. Soc. Méd. Bordeaux*, 1922, p. 235).
- LECÈNE et HUET. — Chirurgie des os et des articulations. (Masson, 1929, p. 211 et p. 455).
- LEIBOVICI et ISELIN. — Phlegmon des gaines carpiennes. (*Journal de Chirurgie*, mars 1931, p. 360).
- LENORMANT. — Sur l'arthroplastie du poignet. (*Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris*, 1926, p. 311).
- MARTIN. — Plaies de l'articulation du poignet. (*Paris Méd.*, 1921, p. 405).
- MURARD. — De la résection du carpe combinée à la section du ligament annulaire antérieur dans le traitement de l'arthrite suppurée du poignet, complication d'un phlegmon de la gaine des fléchisseurs. (*Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris*, 1921, p. 227).
- NETTER. — Efficacité des injections intra-articulaires de sérum non spécifique dans les arthrites suppurées. (*Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1921, p. 573).
- OLLIER. — Traité des résections et des opérations conservatrices que l'on peut pratiquer sur le système osseux, tome II, p. 450. (Masson, 1885).
- POULIQUEN. — Traitement de l'arthrite purulente du poignet par la résection de la tête cubitale. (*Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris*, 8 juin 1932, p. 897).

- QUÉNU. — *Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris*, 28 janvier 1914.
- RÆDERER et DUMOULIN. — A propos des résultats éloignés des résections du poignet. (*Presse Médicale*, 1920, p. 1204).
- SAUVÉ. — A propos du bactériophage. (*Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris*, 5 mars 1930).
- SAUVÉ et KAPANDJI. — *Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris*, 1933, p. 237.
- SAUVÉ et KAPANDJI. — Nouvelle technique de traitement chirurgical des luxations récidivantes isolées de l'extrémité inférieure du cubitus. (*Journal de Chirurgie*, avril 1936, p. 589).
- SCHWARTZ. — *Thèse de Doctorat*. (Paris, 1878).
- TESTUT. — *Traité d'anatomie humaine*, tome I, p. 629.
- VALLAS. — Résection totale du carpe dans les ankyloses consécutives aux traumatismes. (*Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris*, 1908).
- WILLEMS. — Traitement de l'arthrite purulente par l'arthrotomie simple, suivie de mobilisation active immédiate. Technique et résultats. (*Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris*, 1918, p. 1100).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	13
RAPPEL ANATOMIQUE	15
ETIOLOGIE, SYMPTOMATOLOGIE, DIAGNOSTIC	21
HISTORIQUE DU TRAITEMENT	25
Ponctions	25
Immobilisation plâtrée	26
Arthrotomies	26
Résections	27
LA RÉSECTION DE LA TÊTE CUBITALE	31
L'anesthésie	31
L'incision	31
L'appareil plâtré	34
SOINS POST-OPÉRATOIRES	35
INDICATIONS ET AVANTAGES	39
RÉSULTATS	43
OBSERVATIONS	47
CONCLUSIONS	57
BIBLIOGRAPHIE	59



BOSC FRÈRES. M. & L RIOU

00 00 IMPRIMEURS - ÉDITEURS 00 00

00 42, QUAI GAILLETON, 42 00

00 00 00 00 LYON 00 00 00 00



